# ANNALES

DE

# L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

REVUE INTERNATIONALE

de l'Electricité, du Galvanisme, de l'Électro-Puncture

et du Magnétisme,

APPLIQUÉS A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE,

PUBLIÉES PAR UNE RÉUNION DE MÉDECINS,

SOUS LA DIRECTION

DU DOCTEUR H. VAN HOLSBÉEK.

—

DEUXIÈME VOLUME.

BRUXELLES,

TIRCHER, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

20, RUE DE L'ÉTUVE, 20.

—

1862

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

| | |
|---|---|
| Coll. | WellMOmec |
| Coll. | |
| No. | |
| | |
| | |
| | |

# ANNALES DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

MARS 1862.

## Travaux originaux.

### DOUZIÈME LETTRE.

A M. le docteur H. van Holsbéek, directeur des *Annales de l'Électricité médicale.*

Monsieur et très-honoré confrère,

Bien que les faits pratiques tendent à démontrer que les paralysies symptomatiques de lésions de la moelle épinière offrent à l'électricien plus de satisfaction et de chances de succès que celles qui dépendent de lésions du cerveau, M. A. Becquerel se montre aussi décourageant pour les premières que pour les secondes.

Il établit en principe : 1° « Que, toutes les fois qu'un ramollis-
» sement chronique est en voie de formation, et que les symp-
» tômes de paralysie sont dans une période de progression crois-
» sante bien que très-lente, l'application de l'électricité est
» non-seulement complétement inutile, mais la plupart du temps
» nuisible. »

2° Il veut bien admettre que, « dans les cas où le ramollisse-
» ment chronique est à l'état stationnaire, ou en voie de cicatri-
» sation, l'électricité est quelquefois, mais rarement utile ; par
» contre, elle peut renouveler les accidents, et imprimer de nou-
» veau une marche ascendante à la maladie. »

3° « Lorsque la maladie de la moelle est arrivée à un état
» stationnaire qui se traduit par une paralysie complète, abso-
» lue, dans laquelle la contractilité électro-musculaire est elle-
» même à peu près complétement anéantie, l'emploi de l'électri-
» cité est parfaitement inutile. »

4° « Si la paralysie est incomplète, et si la contractilité électro-
» musculaire n'est que diminuée, on peut obtenir quelques résul-

» tats; mais on n'y arrive qu'au moyen d'une telle puissance
» dans l'emploi de l'électricité, que la fatigue qui en résulte
» compense bien au delà les légers avantages qu'on en obtient. »
(*sic.*)

5° Pour se résumer, M. A. Becquerel qui craint, sans doute, d'avoir fait encore une part trop large à l'électricité, affirme que, « dans toutes les paralysies symptomatiques d'un ramollissement
» de la moelle, en tenant compte des légers résultats que l'on
» obtient quelquefois, mais aussi des aggravations fréquentes
» qu'on a déterminées chez les malades, l'emploi de l'électricité
» est parfaitement inutile dans la majorité des cas, et qu'il est
» préférable de ne pas y avoir recours. Certes, dit-il, j'aurais
» plus de confiance dans d'autres moyens thérapeutiques, et en
» particulier dans l'emploi des cautères le long de la colonne
» vertébrale, les laxatifs et les bains sulfureux continués pendant
» longtemps, et enfin de temps en temps les préparations de
» strychnine ou de brucine. »

6° Enfin, et toujours d'après l'inconséquence que nous avons signalée dans notre lettre précédente, après avoir contesté l'efficacité du traitement électrique et exagéré ses dangers, il indique à ceux qui voudraient l'employer contre les paralysies symptomatiques d'un ramollissement de la moelle, la *meilleure* marche à suivre. Cette meilleure marche consiste à localiser les courants, et à exciter successivement les muscles des deux membres inférieurs; mais elle consiste surtout dans les bains de pieds électriques.

Nous allons reprendre, pour les apprécier successivement, ces principes si arrêtés, ces propositions si nettes et si tranchées.

La première proposition, celle relative aux paralysies en voie de progression, est appuyée par deux exemples. L'un, fourni par un jeune prince russe, à moitié paraplégique, et qui le devint complétement par le fait des courants appliqués par M. A. Becquerel lui-même. L'autre, par un pauvre malade, sans titres et sans noblesse, lequel, pour un cas analogue, subit à peu près le même sort.

Ces deux faits, qui semblent avoir rempli pour M. A. Becquerel le rôle d'une révélation, qui ont arrêté son opinion à tou-

jours, et dans lesquels il a puisé les préceptes exclusifs qu'il pose dans son livre, ces deux faits sont loin d'avoir la valeur et la portée qu'il prétend leur donner. De tels faits, présentés comme ils le sont par M. Becquerel, ne se discutent pas. Le seul moyen de contester les conséquences qu'ils pourraient entraîner, c'est de leur en opposer d'autres analogues, et dans lesquels les applications de l'électricité ont abouti à des résultats plus satisfaisants. Faisons remarquer seulement, et nous insistons ici sur ce point, que, dans tous ces essais, dans toutes ces tentatives d'après lesquels M. A. Becquerel prétend juger, sans retour, la valeur thérapeutique de l'électricité, ce professeur s'est toujours servi d'appareils magnéto-électriques. Cette circonstance, qui constitue un procédé pratique, tout particulier à M. Becquerel, nous paraît être d'une importance capitale dans la question.

Parmi les différents cas de paraplégie que nous avons eu à traiter, il en est trois qui rentrent particulièrement dans les conditions déterminées par M. A. Becquerel, c'est-à-dire l'état de progression de la maladie.

Dans l'un, il s'agit d'un tailleur de village, 35 ans, chez lequel une paraplégie, à développement lent et progressif, résistait depuis six ans aux ressources de la thérapeutique ordinaire. Le malade était arrivé à ne pouvoir faire qu'à grande peine un ou deux kilomètres, en se reposant plusieurs fois et en s'appuyant sur un bâton. Après trois mois de traitement par l'électricité, il put faire un jour seize kilomètres, en ne se reposant qu'une fois. Si ce malade n'est pas arrivé à une guérison complète, il conserve depuis trois ans l'énorme bénéfice de son amélioration.

Chez un second malade, la paralysie incomplète intéressait à la fois le système musculaire, la sensibilité cutanée, l'intestin, la vessie et l'appareil génital : une amélioration si grande s'était opérée après quinze séances, que le sujet, pressé par sa position de négociant, put suspendre le traitement et reprendre ses affaires.

Dans un troisième cas, il s'agissait d'une paraplégie incomplète, dépendante d'une compression de la moelle épinière par une gibbosité bien manifeste, siégeant dans la région lombaire. Le malade, 33 ans, avait suivi vainement depuis quatre ans une foule

de traitements différents. Contre notre attente, il guérit complétement de sa paraplégie et put reprendre son état de charron qu'il avait dû quitter dès le début de la maladie.

Si ce dernier cas de paraplégie ne rentre pas dans ceux qui sont dépendants d'un ramollissement de la moelle, il se joint, pour la portée, aux deux autres qui nous semblent contredire complétement la première proposition de M. Becquerel.

La seconde proposition, établie par le professeur de la Pitié, ne s'appuie sur aucun fait pratique. Elle n'a d'autre valeur que celle d'une affirmation toute gratuite, et, à ce titre, on peut lui opposer tout simplement une négation. Quand M. A. Becquerel avance que, dans les cas de ramollissement chronique, à l'état stationnaire, l'électricité peut imprimer de nouveau une marche ascendante à la maladie, il est permis d'imputer à ses procédés les fâcheux résultats dont il semble avoir été témoin.

Quant aux cas de paralysie complète, compris dans la troisième proposition, on pourrait demander à M. A. Becquerel par quel moyen plus efficace il remplacerait l'électricité qu'il déclare être alors parfaitement inutile?

La quatrième proposition nous paraît singulière par la raison que donne son auteur pour ôter à l'électricité le peu de valeur qu'il veut bien lui reconnaître contre les paralysies incomplètes, avec simple diminution de la contractilité électro-musculaire. « *La fatigue* qui résulte du traitement électrique compense bien et au delà les légers avantages qu'on en obtient. » La fatigue, pour qui? Est-ce pour le malade ou pour le médecin? Le premier manquerait-il de patience et de courage pour voir améliorer sa triste position? Le second manquerait-il de dévouement?

M. A. Becquerel a ses moyens thérapeutiques auxquels il nous initie dans sa cinquième affirmation; sans doute il lui est permis d'en faire le plus grand cas; nous laisserons les praticiens juges de leur valeur et de leur efficacité. Disons seulement que, dans le premier des trois cas que nous avons cités, les révulsifs sur la région lombaire, les bains sulfureux, la strychnine et divers autres moyens employés avec persévérance pendant plus de deux ans, sous notre direction, n'avaient donné aucun résultat. Ajou-

tons que le second malade nous est arrivé couvert de cautères, et que leur suppuration n'a aucunement contrarié l'efficacité du traitement électrique.

*La meilleure marche à suivre* dans le traitement des paraplégies par l'électricité, est-elle bien celle qu'indique le savant professeur? Nous ne contesterons pas ici le principe de la localisation des courants sur les muscles, mais nous affirmerons, d'après notre expérience, que dans les paraplégies de cause organique, les bains de pieds administrés à la façon de M. A. Becquerel sont plus souvent nuisibles qu'utiles.

Quel peut être le mode d'action de ces bains de pieds sur le siége du mal, c'est-à-dire sur le ramollissement de la moelle? N'y a-t-il pas lieu de regretter que M. A. Becquerel ait négligé de s'expliquer à ce sujet? Est-il possible qu'un rationaliste comme lui, c'est-à-dire aussi exigeant et aussi serré qu'il l'est envers les autres, trouve une satisfaction complète dans l'emploi d'un moyen purement empirique.

Nous eussions aimé voir ce savant examiner s'il n'est pas des cas de paraplégies pour lesquels les courants continus doivent être préférés, et s'il n'en est pas d'autres qui sont plus particulièrement du ressort des courants d'induction; si les intermittences rares ou rapides s'approprient indistinctement à tous les cas; si la disposition des courants ne doit pas varier suivant que la contractilité électro-musculaire ou la sensibilité cutanée sont plus particulièrement en cause; s'il n'est pas des cas où il faut préférer le courant inducteur au courant induit; s'il ne serait pas important d'agir sur le siége même du mal et si alors il n'y a pas une préférence à accorder à l'action du pôle positif ou du pôle négatif.

Mais M. A. Becquerel, qui se prononce exclusivement pour les appareils magnéto-électriques, n'avait pas à se préoccuper de toutes ces questions. Écrire un livre contre l'électro-thérapie semble avoir été son unique but. Il semble même qu'il s'inquiète peu de la valeur de ses moyens et de la force de ses arguments.

Agréez, Monsieur et très-honoré confrère, mon salut amical.

Dr Nivelet.

Commercy, 13 février 1862.

SURDITÉ NERVEUSE. — EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ; *par le docteur* BOUGARD.

(*Suite. — Voir notre cahier de février,* page 165.)

D'après M. Triquet, la *surdité nerveuse*, c'est-à-dire sans lésion apparente, appréciable (autre que la surdité), ne paraît être qu'un symptôme ou plutôt un résultat unique d'altérations multiples ; que, dans ce cas, il y ait surexcitation ou atonie nerveuse, éréthisme ou torpeur du nerf acoustique, ce sont là tout simplement deux états d'une même maladie à des degrés différents, à une période plus ou moins avancée de la même affection.

Cette définition ne brille pas à coup sûr par la clarté; qu'est-ce qu'une affection qui est un résultat unique d'altérations multiples, d'altérations inconnues surtout; qu'est-ce encore qu'une affection sans lésion apparente, qui n'est qu'un symptôme d'altérations diverses. Si cette maladie existe, comme vous le dites, sans lésion apparente, appréciable, comment savez-vous qu'elle est le résultat d'altérations multiples? On le suppose, sans doute, car si l'on avait réellement constaté ces altérations, il ne serait pas bien difficile d'en déterminer la nature, et alors disparaîtrait la dénomination de surdité nerveuse.

Nous savons que tous les auteurs ont fait les mêmes suppositions : déjà Duverney avait avancé que beaucoup des surdités appelées nerveuses pouvaient dépendre d'une maladie organique du labyrinthe, ou bien de la compression dans les cavités crâniennes du nerf auditif, mais la démonstration reste à faire, c'est-à-dire que depuis Duverney, si, sur cette question, la science n'a pas reculé, elle n'a pas non plus fait un pas, et nous en sommes toujours à nous dire que bien des surdités considérées comme nerveuses, idiopathiques, essentielles, pourraient bien dépendre de toute autre chose que d'une affection *sine materiâ.*

M. Bonnafont (*Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille,* 1860) a fait une tentative qui ne nous paraît pas heureuse : il a établi une distinction entre la paralysie des nerfs acoustiques et la surdité proprement dite, ou idiopathique. Mais il a soin d'annoncer avant tout, ou plutôt de répéter avec tous ses devanciers, en parlant des lésions supposées qui frappent les

parties qui sont contenues dans l'oreille interne, « là en effet tout est caché, et n'était la sensibilité du nerf, qui peut être appréciée, toutes les lésions matérielles se dérobent complétement à l'investigation. » Nous disons que la tentative de M. Bonnafont n'est pas heureuse, par la raison que l'auteur ne nous fournit pas les moyens d'établir la distinction qu'il propose.

Voyons maintenant ce que l'anatomie pathologique nous révèle relativement aux maladies de l'oreille interne, peut-être y trouverons-nous un enseignement.

Itard a admis une surdité par congestion sanguine de l'oreille interne, ou mieux par épanchement de sang dans cette cavité. Une violence quelconque peut la produire : chutes, coups, accès de colère, efforts prolongés de vomissement, un violent éternument, une forte constriction du cou, etc. L'auteur en relate des exemples.

Il admet également une surdité par *compression du nerf auditif,* mais dans ce cas la perte de l'ouïe ne constitue pas l'affection principale, et le siége du mal ne se trouve pas dans l'oreille interne, mais bien dans la cavité crânienne, par conséquent, on ne peut ranger ces affections parmi les maladies de l'oreille. Il en est de même de la surdité par *pléthore,* de la surdité par *métastase,* de la surdité par *diathèse* et de la *surdi-mutité* admises par le même auteur. Reste donc la surdité par *paralysie du nerf acoustique;* mais ici encore devons-nous faire des restrictions; ainsi : la *paralysie du nerf acoustique par commotion,* excepté lorsque la commotion porte exclusivement sur le nerf même, ce qui doit être excessivement rare. Du reste, dit Itard, quelle que soit la cause de cette commotion, la surdité qui en résulte est absolument incurable. On nous permettra de révoquer en doute le pessimisme de cette sentence et d'en appeler à de nouvelles expériences. La *paralysie de ce nerf à la suite des convulsions,* selon Itard, doit être regardée comme absolument incurable. La *paralysie du même nerf par suite d'apoplexie,* cette surdité, dit Itard, présente peu d'espoir de guérison. La *paralysie du nerf acoustique à la suite des fièvres.* La *paralysie sympathique du même nerf.* Toutes ces surdités, disons-nous, ne se rattachent nullement à une affection de l'oreille interne, mais elles se trouvent évidemment sous la dépendance d'une altération

matérielle d'un autre organe, du cerveau le plus souvent, et doivent nécessairement suivre les phases diverses de la maladie principale, dont elles ne constituent à proprement parler qu'un symptôme accidentel.

En définitive, nous ne trouvons donc dans Itard que l'affection qu'il désigne sous la dénomination de *paralysie essentielle du nerf acoustique*, qui appartient réellement à l'oreille interne et qui correspond à la *surdité nerveuse des auteurs modernes*. En général, dit Itard, cette surdité est incurable. Ce célèbre médecin auriste ne s'occupe nullement de l'anatomie pathologique de ces surdités; aussi, pour ce qui est relatif aux maladies de l'oreille interne, ne trouvons-nous, dans son ouvrage, absolument aucun rayon de lumière.

M. Hubert Valleroux ne s'occupe pas plus qu'Itard de l'anatomie pathologique de l'oreille interne, mais les distinctions qu'il établit sont beaucoup plus rationnelles. Ainsi, il traite dans des chapitres séparés : de l'hypocousie et de l'acousie idiopathiques, de l'hypocousie et de l'acousie symptomatiques d'une lésion des centres nerveux, d'un état morbide du tube digestif, d'une névrose plus générale, d'une congestion sanguine, etc., et il reconnaît que ces hypocousies symptomatiques sont subordonnées dans leur marche, dans leur durée et dans leur terminaison aux phases de la maladie principale, et le traitement de la surdité reste nécessairement lié à celui de l'affection primitive. Cependant il peut arriver que la névrose de l'oreille persiste, alors que l'affection générale ou primitive a cessé, et dans ce cas, on se trouve autorisé à diriger un traitement spécial contre la surdité devenue ainsi idiopathique. Aussi longtemps que durent les maladies que nous venons de passer en revue, dit M. Hubert Valleroux, et nous partageons entièrement sa manière de voir, la surdité qui les accompagne ne peut fixer l'attention qu'à titre de symptôme, et c'est ainsi qu'Hippocrate l'envisage constamment. Mais, lorsque l'affection principale ayant cédé, la surdité persiste, il faut alors se hâter de la combattre. On ne peut plus, dans ce cas, considérer la cophose comme le symptôme d'une affection qui a disparu; mais bien comme une lésion nerveuse idiopathique, et l'on doit la traiter en conséquence.

Kramer ne s'occupe pas de l'anatomie pathologique. La surdité nerveuse compte un peu plus que la moitié dans ses deux mille observations. « Je regarde la surdité comme spécialement nerveuse, dit-il, quand elle ne se rattache à aucune lésion appréciable de l'oreille externe et moyenne. Et plus loin : « Les maladies de l'oreille interne comprennent toutes celles qui se développent dans le labyrinthe, c'est-à-dire dans le vestibule, dans les canaux demi-circulaires, dans le limaçon, et dans les expansions nerveuses qui remplissent ces diverses cavités. » Et cependant Kramer prétend « qu'il n'y a dans le labyrinthe qu'une seule maladie incontestable, c'est celle des expansions nerveuses qui remplissent les divisions de cette cavité. Or, les nerfs acoustiques sont évidemment le siége d'une lésion en vertu de laquelle ces organes subissent une modification de leur activité vitale, et cet état constitue ce qu'on nomme surdité nerveuse. » Mais Kramer se garde bien de nous dire en quoi consiste cette lésion. Ainsi donc, il sait qu'il y a une lésion, seulement il ne la connaît pas, il ne l'a jamais constatée, néanmoins il soutient que cette lésion constitue à elle seule toutes les maladies de l'oreille interne; ce qui revient à dire qu'il sait ce qu'il ne sait pas. Cela ne l'empêche pas d'affirmer : « Lorsque l'on aura constaté l'absence de tout changement matériel dans le méat externe et dans l'oreille moyenne, on pourra, sans crainte de se tromper, diagnostiquer une surdité nerveuse. » Quand un homme, un savant, qui a fait des maladies d'un seul organe l'étude de sa vie entière, arrive à un tel résultat, il ne nous reste qu'à déplorer les profondeurs de notre ignorance.

Cependant Kramer avoue qu'en ne tenant compte que des faits bien avérés, on trouve que l'oreille interne est le siége d'un certain nombre d'altérations qui, selon lui, doivent être considérées comme des cas rares, bonnes tout au plus à orner les cabinets anatomiques. N'est-il pas déplorable, ajoute-t-il, que des médecins leur donnent place dans leurs ouvrages et cherchent à en établir le diagnostic, tandis qu'ils négligent des maladies communes, *qu'on peut reconnaître facilement par une étude attentive et guérir par des moyens aussi simples que rationnels.* Comment concilier ce passage avec ce que Kramer dit plus bas :

« Personne ne peut douter qu'il n'arrive dans les nerfs acoustiques des lésions organiques importantes... — Si je cherchais à établir des distinctions subtiles entre ces différentes lésions, et à décrire les phénomènes qui leur sont propres, je mériterais que l'on m'adressât le reproche que je fais à tous les auteurs qui remplacent l'étude des faits par des inventions théoriques et symptomatiques. »

Il faut avouer que le rôle que prend ici M. Kramer est facile et commode, mais il faut reconnaître en même temps que cette manière de procéder constitue un aveu d'incapacité et représente la négation de la science expérimentale. Aussi M. Ménière, traducteur de Kramer, a si bien compris qu'il ne pouvait laisser ces passages sans protestation, qu'il dit en note : « Cette condamnation, *a priori,* de toute tentative faite dans le but d'éclairer ces points obscurs, me paraît aussi peu philosophique que possible. Pourquoi renoncer à des recherches cliniques qui peuvent conduire à des découvertes utiles? Espérons que la science sortira des étroites limites où M. Kramer veut l'enfermer, et travaillons à acquérir de nouvelles connaissances sur ce point capital. »

M. Triquet (1857) le premier a fait une tentative pour établir l'anatomie pathologique de l'oreille interne. Il relate quelques faits qu'il a recueillis et il en emprunte d'autres à ses devanciers. Ces observations sont d'un grand intérêt au point de vue de la pratique et de l'art, dit-il, elles sont relatives à ces affections profondes de l'organe de l'ouïe, sans lésion apparente bien notable, et que les médecins auristes ont englobées sous le nom de *surdité nerveuse.*

La première observation concerne une femme de 30 ans qui avait presque entièrement perdu le sens de l'ouïe depuis plusieurs années. Cette surdité, dit M. Triquet, chez une malade dont les oreilles ne présentaient aucun suintement, chez laquelle les trompes pouvaient admettre la sonde d'Itard, se rapprochait donc, à plus d'un titre, de cette classe qu'on appelle *nerveuse,* parce qu'elle est inconnue. Le résumé de l'autopsie fournit : altération de la muqueuse de la caisse ; la chaîne des osselets est rompue, à droite, il ne reste plus qu'une branche de l'étrier ;

à gauche, ce dernier osselet seul est complet, la tête du marteau, l'os lenticulaire, l'enclume, ont disparu. La membrane des fenêtres rondes est détruite; les cordes du tympan sont rouges, ramollies, pulpeuses. La muqueuse des cellules mastoïdiennes est altérée, la plupart des lamelles osseuses sont nécrosées. A gauche, les cavités de l'oreille interne paraissent normales, mais les canaux demi-circulaires ne contiennent plus de liquide. Le limaçon est également intact, ainsi que le nerf auditif. A droite, les canaux demi-circulaires sont aussi privés du liquide de cotugno, la membrane qui les tapisse est altérée, le névrilême des nerfs acoustiques et facial est injecté.

M. Ménière a consigné les deux observations suivantes dans les notes ajoutées à la traduction de Kramer. La première a trait à une jeune fille frappée de surdité complète, absolue, dans le court espace de quelques heures. Elle avait été exposée, la nuit, à un froid très-vif. Il n'y a pas eu de douleurs. La mort est survenue promptement. L'auteur trouva dans tout le labyrinthe une sorte de *lymphe plastique rougeâtre* qui paraissait le produit d'une exhalation de toutes les surfaces membraneuses qui tapissent l'oreille interne.

La seconde observation présente un cas analogue au précédent, mais où la mort n'est survenue que deux mois après. M. Ménière trouva cette même *lymphe plastique,* d'un jaune clair, parsemée de petits points gris ressemblant à des granulations tuberculeuses commençantes.

*La surdité sénile* paraît quelquefois tenir au défaut de *l'humeur de Cotugno* et à la dessiccation des cavités intérieures de l'oreille.

Pendant les froids du rigoureux hiver de 1798, le professeur Pinel fit ouvrir, à la Salpêtrière, le crâne de plusieurs femmes mortes à un âge très-avancé et ayant perdu l'ouïe depuis plusieurs années.

Les cavités labyrinthiques étaient parfaitement vides; elles étaient au contraire remplies par un glaçon chez les individus plus jeunes et jouissant de la faculté d'entendre.

(*La suite au prochain N°.*)

—

Chorée traitée au moyen de l'électricité; deux observations par M. C. Broeckx, médecin, à Anvers.

Depuis des années, je me suis occupé de l'application de l'électricité au traitement des maladies nerveuses. Les succès presque miraculeux, obtenus par les proneurs quand même de cette méthode, m'ont engagé à y avoir recours. Pendant plusieurs années, les résultats furent négatifs et je commençai à partager la conviction de M. Becquerel, exposée dans son *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique,* à savoir que l'électricité n'est indiquée que dans un seul genre de la classe des maladies nerveuses, les névralgies. Malgré les insuccès, malgré cette conviction, j'eus cependant encore recours à cette méthode, mais seulement après avoir épuisé tous les autres agents thérapeutiques. Bien m'en a pris. Grâce à cette persévérance, je me trouve, aujourd'hui, à même de pouvoir faire connaître deux cas de guérison de danse de Saint-Gui qui ont été obtenus par l'application de l'électricité, et qui ont été constatés par plusieurs médecins et par MM. les internes de l'hôpital Sainte-Élisabeth.

1re Observation.— Adrienne Degroot, d'Anvers, âgée de 10 ans, d'un tempérament lymphatique, est entrée à l'hôpital, le 6 août 1861. Ses parents disent qu'elle n'a jamais été malade et que, depuis un mois, elle a été prise de mouvements convulsifs. L'enfant n'accuse aucune douleur et ne présente aucun symptôme de fièvre. Elle est atteinte d'une chorée générale des mieux caractérisées, qui l'empêche de marcher, et même de se tenir debout. La parole est très-embarrassée; l'enfant ne peut prononcer que des sons mal articulés; la mastication lui est très-difficile pour ne pas dire impossible. Elle mord sa langue dans cette opération et elle est obligée de se nourrir de liquides. Quand on lui fait exécuter un mouvement, tous les muscles de son corps semblent entrer dans une contraction tellement désordonnée, qu'on croirait voir devant soi le saltimbanque le plus grotesque de nos foires.

A son entrée à l'hôpital, je prescrivis un bain tiède avec douches d'eau froide sur la tête, prolongé pendant une demi-heure et renouvelé tous les jours; à l'intérieur elle fit usage d'une infusion de *Chenopodium ambrosoïdes* à la dose d'un gros. Cette dernière

dose fut successivement portée à deux gros dans un véhicule de quatre onces.

Ce traitement, continué pendant trois semaines, n'amène aucune amélioration dans l'état de la malade. L'emploi du valérianate d'atropine, continué pendant un mois et à la suite duquel j'ai obtenu plusieurs succès contre cette affection, ne fut pas plus efficace. Le valérianate de zinc, que j'ai vu réussir souvent, resta également sans résultat. Ce fut alors que j'ordonnai l'application de l'électricité au moyen de l'appareil de Breton.

Dès les premiers jours de ce traitement, on put remarquer une amélioration notable. Au bout de huit jours, l'enfant pouvait parler d'une manière distincte et exécutait des mouvements moins désordonnés.

Après trois semaines, elle pouvait se tenir debout. La marche était assez assurée et tout présageait une guérison prochaine et complète.

Après un mois de traitement journalier par l'électricité, Adrienne Degroot était parfaitement guérie, ne conservant plus de son infirmité que le souvenir. Aujourd'hui, un mois après sa guérison, qui se soutient parfaitement, elle quitte l'hôpital.

Quoique les cas de guérison de la chorée au moyen de l'électricité ne soient pas rares (Voyez l'excellent *Compendium d'électricité médicale,* par M. le docteur Henri van Holsbéek, Bruxelles, 1850, in-12°, à la page 282 et suivantes), j'ai cru devoir signaler ce fait qui me paraît remarquable tant sous le rapport de la gravité du mal que sous celui de la rapidité de la guérison. Les praticiens les plus sceptiques devront reconnaître, dans le cas présent, la supériorité de ce mode de traitement sur ceux auxquels j'avais eu recours antérieurement.

2e Obs. — Louise Van der Bruggen, âgée de 9 ans, a été traitée pour chorée, à quatre reprises différentes : la première fois à l'âge de 4 ans; son mal dura treize mois et céda aux bains tièdes avec douches froides sur la tête, continués pendant six semaines. Quatre mois plus tard, elle rentra dans mon service. Le même traitement obtint le même succès. Elle resta bien portante pendant toute une année. Alors le mal se déclara de nouveau et dura six mois. J'appliquai successivement les bains, les douches froides, les vermifuges, le *chenopodium ambrosoïdes,* le cuivre ammoniacal, les lavements avec l'*assa fœtida* et j'eus le bonheur de

la guérir par l'usage du valérianate d'atropine. Au mois de septembre 1860, le même mal la prit pour la quatrième fois. Même traitement pendant deux mois; résultat tout à fait nul.

Il se trouvait alors dans la même salle plusieurs malades atteintes de fièvre intermittente. Louise Van der Bruggen fut prise de fièvre tierce, mais les symptômes choréiques perdirent considérablement de leur intensité. Après six accès fébriles bien caractérisés, je lui prescrivis le sulfate de quinine. Par ce moyen la fièvre céda et avec elle la danse de Saint-Guy. On continua l'antipériodique pendant quelques semaines et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, après un séjour de trois mois et demi.

Qu'il me soit permis de faire connaître, à cette occasion, une circonstance qui prouve que la danse de Saint-Guy se propage par imitation. Louise Van der Bruggen demeurait à Anvers, rue de la Pompe, et jouait journellement à la rue avec les enfants de son âge. Deux filles de la même rue, effrayées des contorsions de Louise, furent prises de la même maladie. L'une était âgée de 6 ans, l'autre de 7. Elles entrèrent à l'hôpital pendant que Louise s'y trouvait en 1860, et furent guéries par le valérianate d'atropine, au bout de quelques semaines.

La malade de la première observation était déjà convalescente, lorsque, le 18 octobre 1861, la nommée Louise Van der Bruggen entra pour la cinquième fois dans mon service. Elle présentait des contractions involontaires de plusieurs muscles, particulièrement de ceux du côté gauche du corps. Un examen un peu approfondi fit reconnaître une chorée, datant de quinze jours. En présence du beau succès que je venais d'obtenir par la galvanothérapie, je n'eus rien de plus empressé que de la soumettre au même mode de traitement. Les effets furent si prompts et si décisifs que, dès les premiers jours les contractions involontaires diminuèrent d'intensité et qu'elle put sortir de l'hôpital le 25 novembre, entièrement remise de son infirmité.

Je suis fort éloigné de regarder l'électricité comme une panacée contre toutes les névroses. Les observations, que je viens de relater, me prouvent que c'est un moyen puissant, mais que quelques praticiens emploient ou mal à propos ou dont ils exigent plus que ce mode de traitement peut donner.

(*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, janvier 1862.)

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

## CONTENUES DANS CE VOLUME.

—

### A

Amaurose guérie par l'électricité, 22. — Anesthésie électrique, 116. — Aphonie suivie de mutisme; guérison par l'électricité, 153. — Armatures métalliques dans le traitement du choléra, 104.

### B

M. Bosteels, 6, 7, 149, 150. — M. Bougard, 165, 182. — Broeckx, 188.

### C

Chaînes galvaniques, 15. — Chinoiseries médicales, 112. — Chorée traitée au moyen de l'électricité, 188. — Constipation guérie par l'électricité, 24. — Création d'un service électro-médical dans les hôpitaux, 140.

### D

Différence d'action physiologique et chimique des pôles positif et négatif dans les courants voltaïques et dans les courants intermittents d'induction, 78.

### E

Emploi de l'électricité dans les engorgements et les déviations de l'utérus et dans l'hypertrophie prostatique, 64, 76, 86. — Idem dans l'inertie de la matrice et l'aménorrhée, 127, 137. — Idem dans la glycosurie, 131. — Idem dans le mutisme, 135. — Idem dans la rétention du placenta, 136. — Idem dans la surdité nerveuse, 165, 182. — Électricité continue, 95. — Électricité appliquée aux grandes horloges, 139. — Épanchement de lait, 7. — Étude sur le croup, par M. le docteur Barbosa (bibliographie), 128.

### F

Feigneaux, 55. — Fluxion laiteuse guérie par l'électricité.

### G

Galvano-puncture dans l'extirpation de la langue, 94. — Grenouillette guérie par l'électricité, 79.

### H

Holsbeék (van), 7, 10, 13, 83, 84, 85, 100, 150, 172. — Hoquet

idiopathique et du rôle de l'électricité dans cette maladie, 150, 172. — Hydrarthrose, 13. — Hydrocèle, 84.

I

Incontinence d'urine, 6.

L

Lettres sur l'électricité médicale, par M. le docteur Nivelet, de Commercy (France) au Directeur des *Annales*, 1, 17, 33, 65, 81, 97, 113, 129, 145, 161, 177.

M

Méthode électro-médicale du docteur Dropsy, 49, 69.

N

Névralgie cubitale, 7. — Névralgie cervico-brachéale, 55. — Nivelet (de Commercy), 1, 17, 33, 65, 81, 97, 113, 129, 145, 161, 177. — Note sur l'électro-puncture employée pour détruire les acéphalocystes.

O

Observations électro-médicales, 108, 120, 149, 150.

P

Paralysies des membres traumatiques, 7. — Idem des couturières, 10. — Idem du voile du palais chez les enfants, 79. — Idem du voile du palais chez une jeune fille, 83. — Idem du diaphragme, 118. — Idem des muscles extenseurs de la main, 135. — Paralysies et leurs rapports avec les maladies aiguës, 61. — Photographie et électro-photographie, 43. — Pile voltaïque constante, 47. — Piles Bunsen modifiées par M. O'Connell, 48. — Idem par Boettger, 144. — Pile de Volta ; ses applications médicales, 64. — Prix, 32, 160, 175.

R

Régulateur électro-médical de la température, 141.

S

Sciatique guérie par l'électricité, 31, 102. — Surdité nerveuse guérie par l'électricité, 27. — Stiévenart, 102. — Société d'ophthalmologie, 112.

T

Tableau synoptique de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires dans les paralysies, 100. — Taches de la cornée guéries par l'électricité, 36, 56. — Tremblement du bras droit, 85.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

# ANNALES

DE

# L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

# ANNALES

DE

# L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

REVUE INTERNATIONALE

**de l'Electricité, du Galvanisme, de l'Électro-Puncture et du Magnétisme,**

APPLIQUÉS A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE,

**PUBLIÉES PAR UNE RÉUNION DE MÉDECINS,**

SOUS LA DIRECTION

**DU DOCTEUR H. VAN HOLSBÉEK.**

—

2me ANNÉE. — 2me VOLUME.

BRUXELLES,

TIRCHER, IMPRIMEUR-LIBRAIRE,

20, RUE DE L'ÉTUVE, 20.

—

1862

Koninklijke
Bibliotheek
te 's Hage.
K. B.

Ce Recueil paraît tous les mois par feuille de 16 pages in-8°.

PRIX DE L'ABONNEMENT PAR AN :

*Pour la Belgique, 5 fr. — Pour l'étranger le port en plus,*

payables à la réception du premier cahier.

—

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction,

AU DIRECTEUR DES *ANNALES*, RUE DU MARAIS, 73.

POUR LES ABONNEMENTS

A BRUXELLES, à la libr. méd. de TIRCHER.—A PARIS, chez J.-B. BAILLIÈRE et fils.

A MADRID, chez BAILLY-BAILLIÈRE.

*Les lettres, paquets et envois de fonds doivent être affranchis.*

Tout ouvrage, dont un double exemplaire sera envoyé à la Rédaction, aura droit à un Compte-rendu.